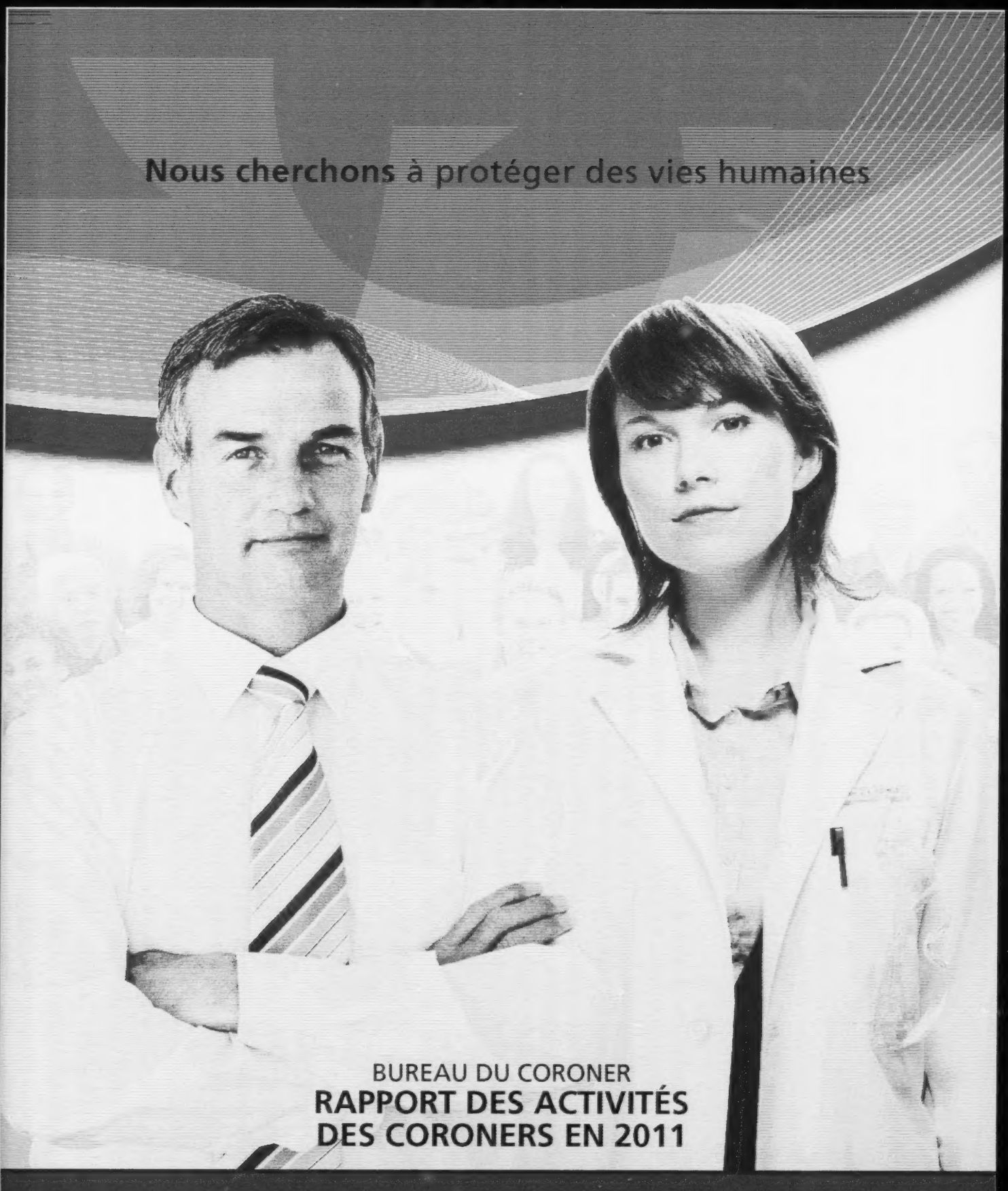


BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2011

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2011

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-550-64170-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-64171-1 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport des activités des coroners pour l'année civile 2011.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le ministre de la Sécurité publique,
Robert Dutil

Québec, avril 2012

Monsieur Robert Dutil
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport des activités des coroners pour l'année civile 2011, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 25 janvier 2012.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le coroner en chef
Dre Louise Nolet

Québec, mars 2012

TABLE DES MATIÈRES

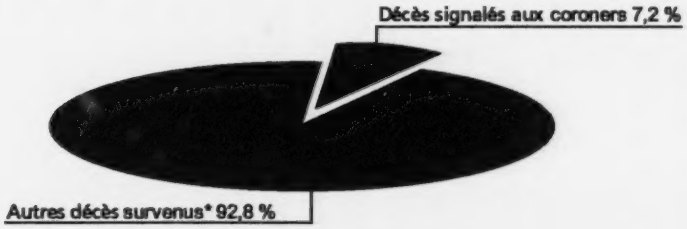
Les investigations **7**
Les décès signalés aux coroners 7
Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8
Les copies de rapports transmises sur demande 9
Les autopsies et les examens de laboratoire 10
Quelques rapports d'investigation déposés en 2011 11
Les enquêtes **15**
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 15
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2011 16
Les rapports d'enquête publique déposés en 2011 17
Les recommandations et leur traitement **18**
Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec **19**

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

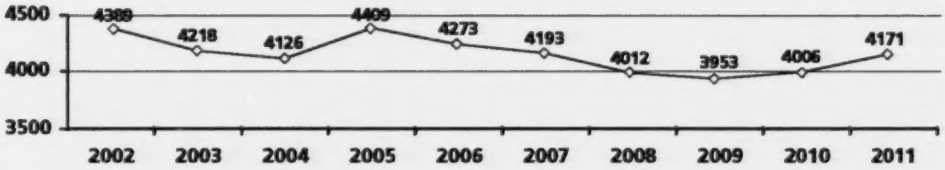
En 2011, 4 171 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,2 % de tous les décès survenus au Québec en 2011. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (76,1 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2011 sur l'ensemble des décès survenus au Québec



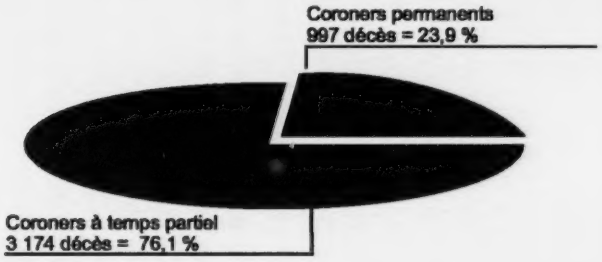
* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2008 à 2010

Évolution des décès signalés aux coroners de 2002 à 2011*



* Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres les plus récents peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2011



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2011. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (62,0 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (24,0 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,2 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,5 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2011

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2 586	62,0
Causes médicales indéterminées	1 002	24,0
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	384	9,2
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	21	0,5
Autres raisons ou raison inconnue	178	4,3
Total des décès signalés	**4 171**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations amorcées de 2008 à 2010, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 10 mois.

Sur les 4 171 décès signalés en 2011, 1 472 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2011. Il restait donc, à cette même date, 2 699 décès en cours d'investigation, soit 64,7 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2011

ETAT DES RAPPORTS AU 31 DECEMBRE 2011	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 472	35,3
Rapports non terminés	2 699	64,7
Total des décès signalés	**4 171**	

Les investigations conclues en 2011

Un total de 4 121 investigations ont été conclues en 2011, dont 2 923 (71 %) par des coroners à temps partiel et 1 198 (29 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2011 selon le type de décès

TYPE DE DECES	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 396*	36,1
Traumatisme non intentionnel	1 240	32,1
Suicide	1 055	27,3
Homicide	98	2,5
Décès traumatique d'intention indéterminée	58	1,5
Décès de cause indéterminée	20	0,5
Total des investigations conclues	**3 867**	

* Incluant 374 sorties de corps

LES COPIES DE RAPPORTS TRANSMISES SUR DEMANDE

En 2011, le Bureau du coroner a transmis 12 106 copies de rapports de coroners demandées par les corps policiers, les hôpitaux, les familles, les représentants des médias et par les tiers intéressés, soit une baisse de 6,9 % par rapport à la moyenne de 2008-2010.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2011.

Des autopsies ont été ordonnées pour 36,3 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 513 autopsies. Elles sont pratiquées soit dans des hôpitaux, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2011 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour la moitié des décès signalés. Elles sont pratiquées soit au Centre de toxicologie du Québec (INSPQ), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (3,6 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%
Autopsie	1 513	36,3
Toxicologie	2 108	50,5
Autres expertises	151	3,6

[1] Les pourcentages sont calculés sur les 4 171 décès signalés en 2011.

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2011

Sécurité sur les chantiers de grands travaux : un changement de mentalité s'impose

Trois hommes décèdent des suites d'accidents de travail survenus sur des chantiers de grands travaux ou d'infrastructures.

L'investigation du coroner a mis au jour une problématique répandue sur les chantiers de grands travaux, à savoir qu'un propriétaire ou un donneur d'ouvrage accorde un contrat d'infrastructure à un entrepreneur qui, à son tour, accorde à un ou des sous-traitants la responsabilité d'une partie des travaux. Ce faisant, ni le donneur d'ouvrage, ni chacun des entrepreneurs ne se formalisent d'une véritable responsabilisation du sous-traitant vis-à-vis de la sécurité des personnes.

Le coroner adresse plusieurs recommandations à la ministre du Travail, soit de mettre de l'avant les mesures nécessaires à l'amélioration de la santé et de la sécurité sur les chantiers routiers et d'infrastructures; d'examiner la pertinence de créer un Bureau général de la prévention ou un poste de conseiller général à la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, rattaché au bureau de la ministre et indépendant de la CSST; de moderniser la Loi sur la santé et la sécurité du travail pour faire en sorte que tous les documents d'appels d'offre, les plans et les devis abordent obligatoirement le volet de la santé et de la sécurité au travail; et de voir à impliquer davantage les firmes de génie-conseil dans tout le processus de gestion de la santé et sécurité au travail.

Du même souffle, le coroner recommande aux associations et organismes représentatifs de l'industrie de la construction d'établir un mode de formation et d'encadrement visant la responsabilisation de leurs gestionnaires et d'élaborer des normes et pratiques uniformes de gestion sécuritaire des travaux routiers et d'infrastructures avec la collaboration, entre autres, du ministère des Transports du Québec, à qui il recommande en outre d'établir des mécanismes permettant de qualifier ses représentants (ingénieurs et surveillants de chantiers) et les entrepreneurs spécialisés engagés dans les travaux. Cette dernière recommandation vise également l'Union des municipalités du Québec et l'Office municipal d'habitation de Montréal.

Les dangers des piscines à vagues

Un enfant de 9 ans décède d'asphyxie par noyade au Parc aquatique du Mont Saint-Sauveur.

L'enfant participe à une sortie de groupe de l'école l'Aquarelle qu'il fréquente à Laval. En après-midi, il est porté disparu sur le site de la sortie. L'alerte est donnée mais l'enfant est retrouvé une heure plus tard au fond de la piscine à vagues, en arrêt cardiorespiratoire.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à la noyade de l'enfant selon la coroner. Elle évoque les caractéristiques particulières de la piscine à vagues, le manque de postes de surveillance en hauteur, le nombre insuffisant de sauveteurs et l'absence de plan

d'urgence tant pour les accompagnateurs de l'école que pour le personnel du parc aquatique. La coroner recommande donc aux exploitants du Parc aquatique du Mont Saint-Sauveur de mettre en place un programme particulier de formation pour la piscine à vagues et d'y prévoir des exercices de sauvetage, de revoir la méthode employée par les sauveteurs pour exercer leur surveillance et de concevoir un protocole d'urgence lorsqu'une noyade est suspectée. Elle recommande aussi à la Commission scolaire de Laval et à l'école l'Aquarelle de prévoir un plan d'urgence adapté pour chaque sortie scolaire et de s'assurer que tous les accompagnateurs connaissent les caractéristiques du lieu de la sortie et disposent de mesures d'encadrement et de surveillance telles que le comptage systématique des élèves et les rassemblements réguliers.

Kayak amateur : un simple cours peut vous sauver la vie

Un homme de 40 ans décède d'asphyxie par noyade lors d'une excursion en kayak sur le fleuve.

L'homme projette de faire le tour de l'Isle-aux-Coudres, sur le fleuve Saint-Laurent, avec un kayak artisanal vraisemblablement fabriqué à partir de plans trouvés dans Internet. Il porte une veste de flottaison individuelle mais pas de vêtement isolant pour le protéger de l'eau froide. Trois jours plus tard, son corps flottant est retrouvé près de Cap-à-l'Aigle.

L'homme était peu expérimenté et n'avait suivi aucun cours pour ce type d'embarcation, retient la coroner, qui ajoute que beaucoup de pagayeurs s'aventurent sur le fleuve et sur les rivières sans avoir l'expérience requise. Elle recommande à la Fédération québécoise du canot et du kayak (FQCK) et à Transports Canada de poursuivre leurs efforts de promotion des cours de formation, à la FQCK, de tenter de joindre les artisans des sites Internet pour les aider à diffuser un message en faveur de la pratique sécuritaire d'activités de pagaie et, avec les fabricants de kayaks du Québec, d'inciter les adeptes à suivre une formation avant d'utiliser un kayak.

Décès d'une femme de 91 ans habitant une résidence pour personnes âgées de Montréal

Une femme de 91 ans décède de défaillance multisystémique à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La femme vit à la résidence privée certifiée l'Air du Temps, qui offre des services à des personnes autonomes ou semi-autonomes. Aucun soin infirmier n'y est donné mais des infirmiers du Centre local de services communautaires (CLSC) de Rosemont assurent les suivis nécessaires. Un infirmier constate que la femme est amaigrie, qu'elle présente 17 plaies et que sa chambre sent l'urine. Le lendemain, une autre infirmière note que certaines plaies sont nécrosées et que le milieu est non sécuritaire. Après consultation avec les intervenants du CLSC, la patiente est transportée à l'Hôtel-Dieu de Montréal où son état se détériore jusqu'à son décès.

L'investigation a clairement démontré que les membres du personnel de la résidence et son responsable n'avaient pas les compétences nécessaires pour évaluer la situation et réagir adéquatement à la détérioration très nette de l'état de santé de la résidente.

C'est pourquoi la coroner recommande à la propriétaire de la résidence de n'accueillir que des personnes suffisamment autonomes pour les services offerts, d'ouvrir largement ses portes aux intervenants du CLSC, d'améliorer sa tenue de dossiers, de n'engager que des préposés formés et de donner des soins d'hygiène adéquats. Elle recommande par ailleurs à l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal et au CSSS Lucille Teasdale de continuer de surveiller la tenue de dossiers et la formation des employés de la résidence l'Air du Temps et au ministre de la Santé et des Services sociaux de donner aux agences de santé et de services sociaux les moyens nécessaires pour encadrer convenablement le personnel et les propriétaires de résidences privées.

Décès troublant d'une jeune fille dans un centre jeunesse

Une jeune fille de 15 ans demeurant au Centre jeunesse Chaudière-Appalaches à Lévis décède d'une bactériémie avec signes de septicémie.

L'adolescente mentionne à une intervenante se sentir fiévreuse, avoir de la difficulté à respirer et avoir des hallucinations visuelles. L'intervenante prend sa température et ne note aucune fièvre. En soirée, la jeune fille appelle à Info-Santé pour expliquer ses symptômes. L'infirmière lui recommande d'aviser l'intervenante du centre et de se rendre à l'hôpital si son état ne s'améliore pas dans une heure ou deux, ce qu'elle fait. L'intervenante de soir en informe la gardienne de nuit qui prend le relais. L'état de l'adolescente empire durant la nuit : elle présente des vomissements, de la diarrhée et elle est désorientée. L'employée de nuit appelle l'employée cadre de garde pour l'aviser de la situation sans toutefois mentionner l'appel à Info-Santé. La responsable croit à une gastroentérite et décide de garder la jeune au Centre. Le lendemain matin, l'intervenante de jour est informée de l'état de santé de la jeune et vérifie sa condition à travers la fenêtre de sa porte de chambre. Elle entre dans la chambre vers 10 h 30 et découvre la jeune fille inconsciente, froide, rigide et visiblement décédée.

Le coroner a observé d'importantes lacunes au cours de son investigation. Il s'explique mal que personne n'ait suivi la recommandation d'Info-Santé et que la jeune fille n'ait pas été dûment surveillée et prise en charge par le personnel du centre. C'est dans cet esprit qu'il recommande au Centre jeunesse Chaudière-Appalaches de clarifier sa politique interne en cas de maladie d'un résident lorsque l'infirmière n'est pas sur place et de s'assurer que toutes les informations de nature médicale sont bien transmises entre les intervenants. Il recommande également à l'Association des centres jeunesse du Québec de s'assurer que ses membres ont des politiques internes claires en cas de maladie d'un résident.

Décès d'un boxeur québécois au Brésil

Un homme de 37 ans décède d'asphyxie mécanique par constriction du cou au Brésil.

Connu mondialement pour sa carrière de boxeur, l'homme est en vacances avec son épouse et leur fils au Brésil. Après une soirée arrosée et mouvementée dans les environs, il rentre à son hôtel quelques heures après sa conjointe, déjà endormie avec leur fils à son arrivée. La conjointe se lève vers 6 h 30, voit son mari étendu au sol dans la cuisine et pense qu'il dort. Elle se rendort et vers 9 h 30, incapable de le réveiller, elle appelle à l'aide. Le médecin constate le décès sur place. Après avoir soupçonné la conjointe d'homicide, les autorités brésiliennes ont finalement conclu à un suicide par pendaison. Cette conclusion est depuis contestée par diverses parties.

Une seconde autopsie pratiquée au Québec à la demande du coroner n'a révélé aucune évidence franche et nette d'intervention d'un tiers dans la cause du décès de l'homme. Le rapport de la police brésilienne contient les conclusions de la seule investigation effectuée dans les heures et les jours suivant le décès du boxeur, donc la seule source d'information empirique. Puisqu'il a des doutes sur les méthodes employées par les enquêteurs brésiliens lors de l'examen de l'endroit où est survenu le décès, le coroner estime qu'il lui est impossible de conclure avec certitude sur les circonstances du décès.

Textos au volant : une distraction qui peut être fatale

Un jeune homme de 18 ans décède d'un polytraumatisme avec hémorragie interne à Rouyn-Noranda.

L'homme circule au volant de sa voiture sur la chaussée glacée. Il perd soudainement le contrôle de son véhicule et heurte fatalement une autre voiture. Son téléphone cellulaire est trouvé entre ses jambes, l'écran vers le haut, trois lettres écrites à l'écran. Des messages textes qu'il a envoyés indiquent qu'il avait probablement fumé du cannabis quelques heures plus tôt.

La distraction engendrée par l'envoi et la réception de messages textes au volant est dangereuse. La campagne publicitaire de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) à ce sujet a convaincu plus de huit personnes sur dix du réel danger de texter ou de parler au téléphone cellulaire en conduisant. Néanmoins, les 20-24 ans, les 25-34 ans et les hommes sont hautement représentés parmi les gens qui considèrent que ces comportements sont peu ou pas dangereux. La coroner encourage donc la SAAQ à poursuivre ses efforts de sensibilisation auprès des Québécois.

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNEE	NOMBRE D'ENQUETES	NOMBRE DE DÉCÈS
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
TOTAL	66	95

En 2011, le coroner en chef a ordonné six enquêtes publiques portant sur un total de huit décès. Quatre enquêtes ont aussi été conclues en 2011. Ces quatre enquêtes avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2011, dix enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les quatre enquêtes conclues en 2011, est de 21 mois.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2011

NOM, PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Laval
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	Me Andrée Kronström	Palais de justice de Montréal
Villanueva, Fredy Alberto Blessures causées par balles (2008-08-09)	1er décembre 2008	M. le juge André Perreault	Palais de justice de Montréal
Selby, Andrew Noyade dans les eaux de la rivière Rouge (2008-07-12)	16 décembre 2010	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Leclerc, Emmanuelle Incendie accidentel dans un sous-sol (2011-03-02) **Fantaye, Selam** (2011-03-04)	14 mars 2011	Me Cyrille Delâge	Palais de justice de Montréal
Houle, Louis Collision de 2 fardiers qui ont pris feu (2009-10-15) **Gill, Jagroop Singhn** (2009-10-15)	16 mai 2011	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Surprenant, Julie Décès indéterminé, corps non retrouvé (1999-11-16)	6 juillet 2011	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Laval
Fontaine, Luc Iléus paralytique sévère, pneumonie bilatérale à cocci (2008-07-11)	6 juillet 2011	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Sherbrooke
Huard, Philippe Accident de parachute (2010-10-10)	22 septembre 2011	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de St-Hyacinthe
Thouin, Jean-Christophe Trouvé en convulsion sur la voie publique (2010-10-21)	11 avril 2011	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Laval

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE PUBLIQUE DÉPOSÉS EN 2011

Décès d'un homme lors d'une intervention policière

Un homme de 25 ans décède des suites des hémorragies internes importantes provoquées par le passage d'un projectile d'arme à feu.

L'homme marche sur le trottoir en direction de deux policiers. Il se jette tout à coup violemment sur l'un d'entre eux en brandissant un couteau. L'homme et le policier se retrouvent au sol. Le policier est blessé et il saigne. Les deux policiers sortent leur arme de service et ordonnent à l'homme de lâcher son couteau et de rester à terre. Le couteau toujours à la main, l'homme s'apprête à se relever et à se jeter de nouveau sur le policier. Ce dernier tire un premier coup de feu, auquel l'homme ne réagit pas. Le policier tire un second coup de feu et l'homme s'effondre au sol.

D'une part, l'enquête publique de la coroner a mis au jour la fragilité et les problèmes d'anxiété et de dépression de l'homme. D'autre part, en vertu notamment des procédures en vigueur au Service de police de la Ville de Montréal, l'expert de l'École nationale de police du Québec a confirmé que les policiers n'auraient pu réagir autrement vu les circonstances.

Le lieu de sommeil le plus sécuritaire pour un bébé est la couchette placée dans la chambre des parents

Trois bébés décèdent après avoir partagé le lieu de sommeil de leurs parents. Les causes de deux décès sont l'asphyxie positionnelle et la mort subite du nourrisson alors que le troisième demeure d'origine indéterminée.

Les trois enquêtes publiques ont établi que l'endroit de sommeil le plus sécuritaire pour un bébé est la couchette placée dans la chambre des parents. De plus, une certaine confusion entoure le terme « cododo » ou « co-sleeping », qui semble signifier à la fois dormir avec son enfant et dormir dans la même chambre que lui. Pour éviter toute ambiguïté, estime la coroner, il faut préciser et différencier les expressions « partage du lit » et « partage de la chambre ». Cette modification a été faite dans l'édition 2011 du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* publié par l'Institut national de santé publique du Québec, à qui la coroner recommande de poursuivre ses démarches afin que le guide continue d'être distribué gratuitement aux parents et que les sites officiels apparaissent d'emblée lorsqu'une recherche sur le Web est lancée avec notamment les mots clés « cododo », « co-sleeping » et « dormir avec bébé ». Elle recommande aussi à l'Institut, au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'Association des centres jeunesse du Québec d'inclure dans les divers outils qu'ils produisent à l'intention des parents des messages clairs concernant le lieu de sommeil sécuritaire pour un bébé.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2011, les coroners ont déposé 277 rapports comportant un total de 472 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Cependant, les recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2011

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	291	61,7
Cause naturelle	113	23,9
Suicide et homicide	56	11,9
Décès traumatique d'intention indéterminée	12	2,5
Total	**472**	

BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

FICHIER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages qui suivent présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2008 et 2009, en le comparant à la moyenne des années 2003-2007.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10e Classification internationale des maladies.

DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2008 AU 25 JANVIER 2012

4 012 décès soumis au coroner

- 3 921 rapports déposés (97,7 %)
- 91 rapports à venir (2,3 %)

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2009 AU 25 JANVIER 2012

3 953 décès soumis au coroner

- 3 719 rapports déposés (94,1 %)
- 234 rapports à venir (5,9 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Occupant d'une automobile	410	325	-20,7	291
Piéton	101	92	-8,9	75
Motocycliste	68	64	-5,9	50
Occupant d'une camionnette	26	33	26,9	26
Occupant d'une motoneige	31	22	-29,0	22
Cycliste	21	17	-19,0	20
Occupant d'un VTT	27	28	3,7	19
Occupant d'un camion lourd	21	8	-61,9	10
Occupant d'un véhicule agricole	4	5	25,0	6
Occupant d'un véhicule industriel	1	2	100,0	3
Occupant d'un véhicule de construction	3	0	-100,0	1
Occupant d'un autobus	2	0	-100,0	0
Autre	3	0	-100,0	1
En cours	0	11		16
Total	**718**	**607**	**-15,5**	**540**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Événements entraînant la noyade et la submersion	21	22	4,8	20
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	3	3	0,0	4
Total	**24**	**25**	**4,2**	**24**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Total	**10**	**8**	**-20,0**	**15**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Intoxication	173	204	17,9	208
Chute	144	155	7,6	165
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	61	61	0,0	65
Noyade*	56	47	-16,1	50
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	49	39	-20,4	36
Exposition aux forces de la nature	24	20	-16,7	20
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	25	17	-32,0	15
Complications de soins médicaux	16	17	6,3	15
Heurt par ou contre un objet	19	24	26,3	9
Exposition au courant électrique	8	8	0,0	6
Décharge d'arme à feu	5	4	-20,0	4
Explosion	5	3	-40,0	4
Contact avec de l'eau chaude	2	0	-100,0	3
Compression entre des objets	4	1	-75,0	1
Autre	12	12	0,0	17
En cours	3	30		46
Total	**606**	**642**	**5,9**	**664**

* Décès associés au transport par eau exclus

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Pendaison et strangulation	624	577	-7,5	555
Intoxication à des substances liquides et solides	166	193	16,3	174
Décharge d'arme à feu	168	133	-20,8	136
Intoxication à un gaz	71	48	-32,4	48
Précipitation dans la vide	53	57	7,5	40
Noyade	36	39	8,3	35
Collision d'un véhicule à moteur	33	34	3,0	30
Utilisation d'un objet tranchant	31	28	-9,7	27
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	12	6	-50,0	9
Autre	8	5	-37,5	4
En cours	0	21		55
Total	**1202**	**1141**	**-5,1**	**1113**

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Agression par objet tranchant	27	32	18,5	24
Agression par arme à feu	33	23	-30,3	24
Agression par objet contondant	13	9	-30,8	9
Agression par strangulation	9	6	-33,3	7
Bagarre, rixe (sans arme)	6	6	0,0	3
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	2	1	-50,0	0
Autre	5	9	80,0	12
En cours	0	3		10

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2003-2007	NOMBRE 2008	% VARIATION 2008 / 2003-2007	NOMBRE 2009
Intoxication	35	35	0,0	49
Noyade	9	4	-55,6	6
Collision d'un véhicule à moteur	5	4	-20,0	5
Chute	6	0	-100,0	3
Pendaison	6	6	0,0	1
Autre	7	11	57,1	4
En cours	1	17		57*
Total	**68**	**77**	**13,2**	**125**

* L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.

Bureau
du coroner
Québec